

**DEVIS TYPE**  
**Aide individuelle régionale à la formation**

**L'organisme de formation**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, qualité du représentant légal : \_\_\_\_\_

Numéro SIRET siège social : \_\_\_\_\_

Code NAF/APE : \_\_\_\_\_ Numéro de déclaration d'existence : \_\_\_\_\_

Certification QUALIOPI (actions de formation) : ☐ Oui ☐ Non (**joindre le certificat avec le devis**)

**Informations nécessaires pour le paiement**

(si différent des informations mentionnées ci-dessus)

**Numéro SIRET (site en charge de la facturation) :** \_\_\_\_\_

Adresse postale (site en charge de la facturation) : \_\_\_\_\_

E-mail du contact facturation : \_\_\_\_\_

**Le demandeur**

Nom d'usage / Prénom : \_\_\_\_\_

Statut durant la formation : ☐ Stagiaire formation professionnelle continue ☐ Scolaire / étudiant

**La formation**

Intitulé (conforme RNCP/RS) : \_\_\_\_\_

Numéro de fiche RNCP ou Répertoire spécifique (RS) : \_\_\_\_\_

GFE (secteur d'activité) : \_\_\_\_\_

Code certif info : \_\_\_\_\_ Qualification délivrée : \_\_\_\_\_

Niveau de qualification (1 à 7): \_\_\_\_\_

Année concernée (1<sup>ère</sup> année, 2<sup>ème</sup> année...) : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Date de fin : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nombre d'heures total : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures en centre : \_\_\_\_\_ Nombre d'heures en entreprise : \_\_\_\_\_

Modalités de réalisation : ☐ En présentiel ☐ En distanciel ☐ mixte

Site de réalisation (en présentiel ou mixte uniquement) : \_\_\_\_\_

Coût total de la formation (frais pédagogiques uniquement) :

Coût total HT : \_\_\_\_\_ Coût total TTC : \_\_\_\_\_

Frais annexes éventuels (nature et montant) :

**Date :**

**Nom, prénom, qualité du signataire :**

**Signature et tampon**

